



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO EM MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Reidison Real Pessanha Jesus
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2020



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO EM MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Reidison Real Pessanha Jesus
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Profª Doutora Alexandra Figueiredo

e coorientado por
Mestre Gonçalo Martins Pereira

outubro de 2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Jesus Cristo
autor e consumidor da minha fé.

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.”

ALDO NOVAK

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Doutora Maria Alexandra Gil Figueiredo pela confiança em mim e neste trabalho, bem como o apoio e flexibilidade durante todo o processo.

Ao meu coorientador, Mestre Gonçalo Martins Pereira por todo o apoio, disponibilidade e compreensão durante o decorrer deste trabalho.

À minha esposa Juliana Pessanha que tem se revelado uma mulher sábia, apoiante e compreensiva em todos os momentos.

Aos meus filhos Giovanna e Samuel, presentes de Deus, que todos os dias me tornam uma pessoa melhor.

À minha igreja Missão Cristã Internacional pelo apoio espiritual e emocional. A Jesus Cristo, sem ele nada disso seria possível.

Ao Governo de Portugal que recebe imigrantes como uma mãe adotiva e nos deu o direito da revalidação do diploma.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz por ter proporcionado novos conhecimentos.

Aos excelentes professores, Paulo Maurício e Maria João, onde aprendi imenso com tudo o que eles ensinavam.

À equipa da farmácia que sempre nos atenderam da melhor forma.

A todos os funcionários do Instituto Egas Moniz desde da limpeza até a portaria todos sempre muito educados e prestativos.

RESUMO

O aumento exponencial da população idosa a nível mundial, requer especial atenção no que diz respeito à qualidade de vida dos indivíduos desta faixa etária, a qual apresenta uma longevidade cada vez maior.

Com o aumento da esperança média de vida da população humana, os problemas relacionados ao bem-estar físico, mental e social, estão cada vez mais relacionados com a saúde oral.

Para alguns idosos, os problemas de saúde oral podem progredir e tornar-se graves, devido aos desafios que enfrentam com os cuidados de higiene oral, os quais acabam por ser negligenciados devido a limitações de carácter físico e cognitivo, o que os torna mais frágeis e dependentes, dificultando a execução de boas práticas de cuidados de saúde oral, bem como a sua deslocação a clínicas dentárias.

O acesso aos serviços de assistência à saúde oral deve ser universal, inclusive para pessoas com dificuldades e limitações, as quais podem impossibilitar a sua deslocação a uma clínica dentária, como acontece no caso de muitos pacientes hospitalizados ou com dificuldade de locomoção, tornando-se necessário o atendimento fora do consultório dentário, ou seja, o atendimento domiciliário.

As visitas domiciliárias são preconizadas por muitos sistemas de saúde públicos em diversos países. Desta forma, é crucial o desenvolvimento de estratégias de assistência à saúde oral orientadas para a população idosa, as quais devem incidir na promoção de cuidados de saúde oral adequados aos idosos, com prioridade para a remoção da dor e solução imediata de qualquer emergência dentária. Tendo em consideração as restrições físicas da maioria dos idosos é igualmente essencial o desenvolvimento de um programa regular de visitas frequentes do Médico Dentista aos lares de idosos.

O objetivo desta revisão narrativa é avaliar a prestação de assistência domiciliária em saúde oral, a idosos com limitações particularmente na sua deslocação.

Palavras-chave: Serviços de Saúde para idosos; Assistência Dentária ao domicílio; Medicina Dentária Geriátrica; Saúde oral

ABSTRACT

The exponential increase of the elderly population worldwide requires special attention with regard to the quality of life of individuals in this group, which has an increasing longevity.

With the increase in life expectancy of the human population, problems related to physical, mental and social well-being are increasingly related to oral health.

For some elderly people, oral health problems can progress and become serious, due to the challenges they face with oral hygiene care, which end up being neglected due to physical and cognitive limitations, which makes them more fragile and dependent, making it difficult to implement good oral health care practices, as well as their visit to dental clinics.

Access to oral health care services must be universal, including for people with difficulties and limitations, which may make it impossible for them to travel to a dental clinic, as is the case with many hospitalized patients or those with limited mobility, becoming care outside the dental clinic is necessary, that is, home care.

Home visits are recommended by many public health systems in several countries. Thus, it is important to develop oral health care strategies aimed at the elderly population, which should focus on promoting adequate oral health care for the elderly, with priority for the removal of pain and the immediate solution of any dental emergency. Taking into account the physical restrictions of the majority of the elderly, it is also essential to develop a regular program of frequent visits by the Dentist to the nursing homes.

The main goal of this narrative review is to evaluate the provision of home care in oral health to elderly people with limitations, particularly in their movement.

Keywords: Health Services for the elderly, Home oral care, Geriatric Dentistry, Oral Health.

ÍNDICE GERAL

<i>I. INTRODUÇÃO.....</i>	<i>9</i>
<i>II. DESENVOLVIMENTO.....</i>	<i>11</i>
1. Crescimento demográfico	11
1.1. Atualidade.....	11
2. Saúde no idoso.....	11
2.1. Classificação do Idoso Dependente e Semi-dependente.....	12
2.2. Doentes idosos com necessidade de atendimento domiciliário.....	12
3. Saúde oral no idoso	13
3.1. Doenças sistémicas e a sua relação com a saúde oral.....	14
3.2. Patologias orais mais frequentes no idoso.....	16
4. Atendimento Domiciliário.....	17
4.1. Recursos terapêuticos no atendimento domiciliário	19
4.2. Equipamento Móvel e Portátil	20
4.2.1. Vantagens.....	23
4.2.2. Desvantagens	23
5. Programas de Atendimento Domiciliário em torno do mundo	25
6. Promoção do acesso ao atendimento dentário domiciliário.....	28
6.1. Protocolos de atendimento domiciliário.....	30
6.2. Recursos Motivacionais	31
6.2.1. Motivação do idoso à higiene oral e ao atendimento dentário	31
6.2.2. Papel da equipa assistencial na promoção da saúde oral.....	35
6.3. A importância das parcerias com a comunidade	37
6.4. Estabelecimento de condições de trabalho para os Médicos Dentistas nos ILPI.....	37
6.5. Financiamentos e incentivos governamentais.....	37
6.6. Propostas de alterações no programa curricular das universidades.....	38
6.7. Coordenação das ações e dos cuidados em saúde oral.....	39
6.8. Promoção de recursos para o atendimento da população mais desfavorecida	40
7. Políticas Públicas de Saúde	41
<i>III. CONCLUSÃO.....</i>	<i>43</i>

<i>IV. BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>45</i>
-------------------------------------	------------------

V. ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Envelhecimento e heterogeneidade do doente idoso. Adaptado de Kalache & Kiekbusch, 1997).....	14
Figura 2 - Imagens representativas de atendimentos dentários domiciliários em idosos, realizados pelo Professor Josiel Abrahão Pereira de Oliveira, autorizadas para serem utilizadas nesta monografia, conforme autorização por escrito.	18
Figura 3 - Cadeira de Dentista utilizada na antiguidade Adaptado Corrêa, 2003.	20
Figura 4 - Unidade móvel de assistência dentária. Adaptado de Rodrigues, 2015.	21
Figura 5 - O transporte pode ser sobre rodas, facilitando a entrada na residência do paciente. Imagem cedida pelo Professor Josiel Abrahão Pereira de Oliveira.	21
Figura 6 - Imagem representativa do equipamento dentário portátil montado no domicílio do paciente. Acesso à cavidade oral pelo profissional com boa ergonomia e iluminação. Imagem cedida pelo Prof. Josiel Abrahão Pereira de Oliveira.....	22
Figura 7 - Escala de modelos de assistência em saúde oral domiciliária em lares para idosos. Adaptado de Mertz, 2016.	29
Figura 8 - Avaliação do Declínio Cognitivo com Base no Relato do Informante (ADCOBRI), em inglês “Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly” (IQCODE). Adaptado de Sanchez & Lourenço, 2009.	33
Figura 9 - Avaliação do Declínio Cognitivo com Base no Relato do Informante (ADCOBRI). em inglês “Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly” (IQCODE). Adaptado de Sanchez & Lourenço, 2009.	34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Guia de Atendimento Domiciliário. Adaptado de Jack, et al., 2019.	35
Tabela 2 - Os três tipos de equipes: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Esquema representativo. Adaptado do texto de Pires, (1998).	36

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Autorização para figuras 2, 5 e 6.

I. INTRODUÇÃO

Com o aumento da idade, os problemas de saúde podem afetar de forma abrangente o bem-estar físico, mental e social de cada indivíduo, e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), tornam-se um desafio para os governantes no que diz respeito às políticas públicas de gestão dos recursos financeiros para direcionar esforços prioritários a esta frágil população (WHO, 2006).

A boa saúde oral é um dos principais contribuintes para a qualidade de vida dos idosos e é essencial para a boa saúde geral, pois a cavidade oral é vista como porta de entrada para o resto do organismo (Association of State & Territorial Dental Directors - ASTDD, 2017). O aumento da necessidade pelo atendimento dentário para idosos, seja para aqueles que vivem nas próprias residências, seja para aqueles que se encontram em lares de idosos, é uma força propulsora para que se faça uma avaliação de programas de assistência dentária domiciliar (Montoya & Pifarré, 2004).

A recente pandemia causada pelo SARS-CoV-2, disseminada a partir da China no início de 2020, prejudica a saúde dos indivíduos, principalmente idosos, de forma ainda não totalmente conhecida. Apesar disso, sabe-se que existem grupos de risco mais vulneráveis a este vírus, como pacientes imunossuprimidos, doentes com problemas respiratórios crônicos e idosos. No caso dos idosos, o vírus faz com que ocorra um aumento das citocinas, causando insuficiência respiratória com envolvimento sistêmico, podendo levar à morte do indivíduo (Armitage & Nellums, 2020).

A mortalidade de indivíduos idosos com COVID-19 é maior comparativamente a indivíduos jovens e de meia idade. Desta forma, até à introdução no mercado de uma vacina eficaz, será expectável uma redução das perspectivas futuras de proporção de idosos na distribuição demográfica mundial (Liu et al., 2020).

Assim sendo, as recomendações para os idosos foram no sentido de os mesmos ficarem o máximo possível confinados nas suas casas, evitando visitas desnecessárias aos centros de saúde e outros locais. Apesar destas medidas, muitos idosos foram infetados, com uma elevada mortalidade observada nesta faixa etária (Armitage & Nellums, 2020; Montoya & Pifarré, 2004).

O objetivo desta revisão narrativa é avaliar a importância e a necessidade de prestação de cuidados de saúde oral ao domicílio, de idosos, que vivem em suas casas ou em residências geriátricas, fragilizados e com limitações particularmente na sua deslocação. A pesquisa bibliográfica foi realizada tendo por base o recurso aos seguintes termos: assistência domiciliária em idosos, odontogeriatría, medicina dentária domiciliária, limitações em idosos, envelhecimento, saúde oral em idosos. Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês artigos indexados nas bases de dados PUBMED, LILACS, B-On e SciELO, publicados no período entre o ano de 2000 e o ano de 2019.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Crescimento demográfico

1.1. Atualidade

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017), projetando para o ano de 2080, Portugal sofrerá a perda de uma parte da sua população passando de 10,3 milhões de residentes para 7,5 milhões, ficando abaixo do limiar de 10 milhões no ano 2031 (INE, 2017).

Tendo em conta um aumento dos índices sintéticos de fecundidade em comparação com anos anteriores, com a redução do número de mulheres em idade fértil, devido à redução da participação de jovens na população de 1,5 para 0,9 milhões, haverá uma diminuição do número de nascimentos. No entanto, o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões, mais do que duplicando o índice de envelhecimento, passando de 147 para 317 idosos para cada 100 jovens em 2080 (Côrte-Real et al., 2011).

Com o aumento exponencial da população idosa a nível mundial, as atenções devem estar voltadas para a qualidade de vida desta população, a qual apresenta uma esperança média de vida cada vez maior (Côrte-Real et al., 2011).

2. Saúde no idoso

O envelhecimento é caracterizado pelo aparecimento de debilidades inerentes a esta fase da vida de cada indivíduo, muitas das quais não apresentam ainda tratamento efetivo. Desta forma, são tomadas medidas apenas para redução de sintomas ou atraso na evolução das mesmas, estando algumas destas debilidades relacionadas com doenças degenerativas (Carvalho, 2014).

Alterações morfológicas, psicológicas e sociais são comuns em idade avançada, resultando na diminuição do nível de saúde em geral, afastamento do mercado de trabalho

e diversas situações desfavoráveis. Assim, o idoso necessita do apoio da família, vizinhança, amigos e instituições, sendo que a sua qualidade de vida dependerá das respostas que irá conseguir obter destes mesmos elementos (Carneiro et al., 2015).

2.1. Classificação do Idoso Dependente e Semi-dependente

O conceito de dependência está intimamente relacionado com a incapacidade do indivíduo para a satisfação das suas necessidades humanas básicas (Guedes, 2011).

Não existe apenas um único grau de dependência, este poderá variar consoante o indivíduo necessite de pouco, muito ou de total apoio de outros para o desempenho das diversas atividades da sua rotina diária. A faixa etária mais prevalente é a população idosa, no entanto, pode afetar todas as outras pelas mais variadas razões (MTSS, 2009)

Desta forma, os idosos semi-dependentes e dependentes são indivíduos que dependem respetivamente da ajuda parcial ou total de outros para a realização das atividades básicas diárias como alimentação e realização da manutenção de cuidados de higiene, gerais e em específico a nível oral (Rocha & Miranda, 2013).

2.2. Doentes idosos com necessidade de atendimento domiciliário

A população idosa com necessidade de cuidados especiais, pode ser dividida de acordo com seu estado físico, mental e social, e necessidade de diferentes tipos de atendimento (Côrte-Real et al., 2011).

De acordo com o grau de dependência do idoso pode existir necessidade de acompanhamento domiciliário. As visitas do profissional de saúde à residência do paciente apresentam diversos benefícios, tendo como objetivos a prevenção, recuperação e manutenção da saúde do idoso (Rocha & Miranda, 2013).

Os autores Lee et al. (2001) alegam que, apesar da existência de doenças crónicas ou mentais, e da diminuição da capacidade de locomoção e de realização de determinadas atividades, levarem à limitação de muitas pessoas com mais de 65 anos, tornando-as mais dependentes, estas não devem ser privadas do acesso a cuidados de saúde oral. Assim, é crucial recorrer a visitas ao domicílio ou unidades dentárias móveis e portáteis, de forma a levar até aos idosos os cuidados de saúde que necessitam (Lee et al., 2001).

3. Saúde oral no idoso

A Saúde Oral, segundo a OMS (World Health Organization, 2007), classifica-se como a ausência de dor crônica facial e na cavidade oral, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congênitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e, outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral (Côrte-Real et al., 2011).

Para alguns idosos, os problemas de saúde oral podem progredir e tornar-se graves, devido aos desafios com a própria higiene oral, devido a alterações cognitivas e músculo-esqueléticas. Os problemas de saúde oral podem incluir cárie dentária e doença periodontal, o que leva à perda dentária se estas patologias não forem tratadas ou controladas (ASTDD, 2017).

A direta relação da saúde geral ou sistêmica com a saúde oral, em especial nos idosos, vem sendo o foco de diversos trabalhos de pesquisa. Apesar de doenças orais raramente levarem à morte, causam dor, dificuldades fonéticas e a nível da mastigação, comprometendo assim a qualidade de vida dos indivíduos idosos (Grade, 2013).

Alguns idosos mais fragilizados e com diversas limitações inerentes ao processo de envelhecimento, tornam-se mais dependentes, necessitando do auxílio de familiares ou cuidadores. Esta dependência é caracterizada por uma perda parcial de autonomia, comprometimento funcional grave, e uma ou mais doenças crônicas (Baumgartner et al., 2015).

Segundo Fernández-Ballesteros (2000), a idade funcional diz respeito a uma diminuição de eficácia, tanto a nível físico, como biológico, ocorrendo outras estabilizações que na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida tal como a experiência e a sabedoria. É possível deste modo, relacionar o envelhecimento com a heterogenicidade como observado na Figura 1 (Carneiro, 2012; Fernández-Ballesteros, 2000).

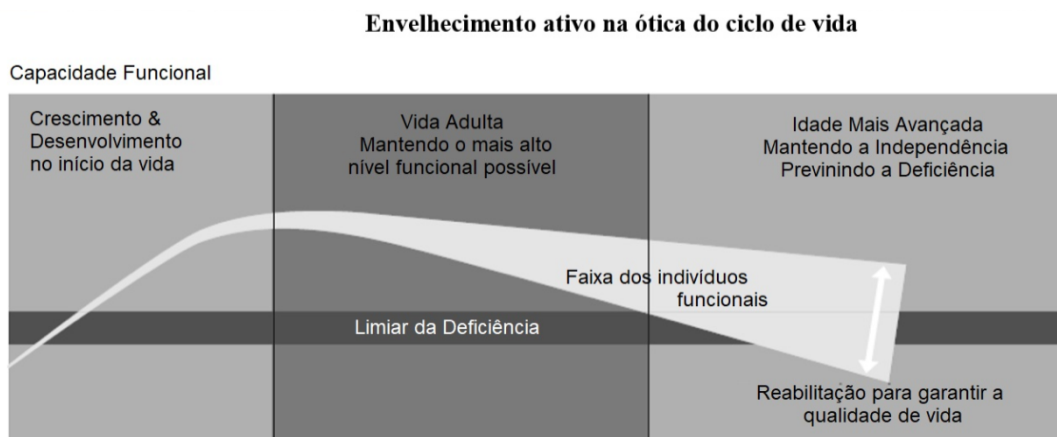


Figura 1 - Envelhecimento e heterogeneidade do doente idoso (Adaptado de Kalache & Kieckbusch, 1997).

Como parte de uma estratégia de assistência à saúde oral voltada para a população idosa residente em lares de idosos, uma política de saúde pública, deve consistir na promoção de exames orais e cuidados de saúde oral adequados aos idosos, com prioridade para a remoção da dor e solução imediata de qualquer emergência dentária. Tendo sempre em consideração as restrições físicas de idosos mais frágeis e consequentemente mais dependentes, é essencial o desenvolvimento de um programa regular de visitas frequentes do Médico Dentista aos lares de idosos (Wong et al., 2019).

Idosos com limitações principalmente de carácter físico são tratados mais convenientemente nas suas residências, pelo que deve ser incentivada uma parceria com prestadores de assistência médico dentária, que permita o uso de equipamentos dentários portáteis na prestação de assistência dentária ao domicílio, quer seja a nível residencial ou em lares de idosos (Lewis et al., 2015).

3.1. Doenças sistémicas e a sua relação com a saúde oral

As doenças sistémicas e a saúde oral apresentam uma relação recíproca, o que leva a que o aparecimento de alterações, conduza a consequências ao nível da qualidade de vida do idoso (Ganavadiya et al., 2014; Pinto, 2017).

Atualmente existem inúmeras doenças crónicas que estão relacionadas com o estilo de vida, entre as quais se destacam as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares,

neurodegenerativas, diabetes, cancro e doenças respiratórias (Folstein et al., 1975; Pinto, 2017).

Doenças neurodegenerativas como a doença de Alzheimer, conduzem ao desenvolvimento de alterações na capacidade cognitiva e física do idoso, levando à incapacidade para o desempenho de atividades básicas da sua rotina, uma vez que produzem alterações a nível da coordenação motora e cognitiva. Assim, a realização de bons hábitos de higiene oral encontra-se comprometida, levando consequentemente a doenças da cavidade oral, como cárie dentária, doenças periodontais e lesões na mucosa oral (Carvalho, 2014; Rocha & Miranda, 2013).

No tratamento dentário, os pacientes hipertensos, são considerados de risco aceitável mesmo com controlo da pressão arterial adequado, sendo necessária uma monitorização da pressão arterial durante toda a consulta. Quando necessário, na anestesia local, devem ser evitadas altas concentrações de vasoconstritores, pois aumentam o risco de resposta adversa (Rocha & Miranda, 2013).

Na prestação de tratamentos dentários aos pacientes com cardiopatia e diabetes, deve ser realizada a medição prévia dos seus sinais vitais, bem como, o controlo dos mesmos no decorrer da consulta, uma vez que o fator stress pode interferir no seu estado geral, podendo mesmo tornar impeditivo o tratamento naquele momento (Hoeksema et al., 2018; Wong et al., 2019).

Existem associações específicas entre higiene oral precária e pneumonia aspirativa, que correspondem até 48% de todas as infeções torácicas em lares de idosos e que podem ser fatais. De facto, estima-se que a ausência de boas práticas de higiene oral na população idosa, triplica a probabilidade de morte associada à pneumonia. Também existe evidência crescente que relaciona problemas de saúde oral e várias formas de doença cardiovascular e cérebro-vascular. Uma saúde oral deficitária pode também complicar o tratamento e o controlo de algumas doenças sistémicas, como por exemplo, a diabetes, doenças cardiovasculares e infeções respiratórias (Bradley, 2012). Um grande risco no decorrer da prestação de cuidados dentários ao idoso está relacionado com a pneumonia aspirativa, devido à facilidade de broncoaspiração de conteúdos contaminados, ou até mesmo de partículas e secreções no momento do atendimento. Microrganismos patogénicos presentes na cavidade oral podem ser aspirados a nível do trato respiratório inferior,

originando uma infecção pulmonar, nomeadamente pneumonia aspirativa, sendo mais frequente na população idosa, uma vez que esta população é mais suscetível a este fenómeno devido às limitações típicas do envelhecimento. Indivíduos saudáveis frequentemente aspiram pequenas quantidades de secreções orofaríngeas, no entanto, mecanismos de defesa, como a tosse e o transporte ciliar da mucosa mantêm a proteção das vias aéreas, os quais sofrem alterações com o envelhecimento. Porém, outro fator preponderante entre as causas da pneumonia aspirativa é a disfagia da orofaringe, a qual se baseia na alteração do reflexo de deglutição, sendo o idoso incapaz de deglutir corretamente os alimentos, podendo ocorrer aspiração a nível pulmonar devido à penetração de resíduos alimentares nas vias respiratórias (Jaiswal et al., 2016; Perez-Ramos et al., 2016).

Desta forma, torna-se crucial para além de uma boa higiene, uma avaliação dos movimentos de deglutição. O uso de Clorexidina 0,12%, ou segundo autores mais recentemente citados, do hipoclorito de sódio a 0,2%, que promove a descontaminação da cavidade oral, sem provocar os efeitos indesejáveis de coloração causados pela clorexidina, são muito recomendáveis especialmente no caso dos idosos (Mishra, et al., 2019; Yoneyama, et al., 2002).

A saúde oral é um aspeto frequentemente negligenciado no contexto da atenção em saúde geral. Considerando a Doença de Alzheimer e outras patologias cuja prevalência está a aumentar globalmente, é cada vez mais evidente que, a saúde oral destes doentes é posta de parte devido à dificuldade em comunicar com os cuidadores (Rocha & Miranda, 2013; WFPHA, 2014).

3.2. Patologias orais mais frequentes no idoso

No que diz respeito a patologias da cavidade oral destacam-se algumas mais frequentes em idosos, nomeadamente lesões de cárie dentária, doença periodontal, lesões da mucosa oral, fluxo salivar comprometido (hipossalivação) e xerostomia (Jaiswal et al., 2016).

A flora oral sofre alterações à medida que os indivíduos começam a perder peças dentárias, sendo geralmente mais rica em microrganismos patogénicos aeróbios, leveduras e lactobacilos em indivíduos idosos (Jaiswal et al., 2016; Terpenning, 2005).

Desta forma, a falta de cuidados de higiene oral representa um importante fator de risco a ter em conta, uma vez que pode levar ao desenvolvimento de infeções pulmonares (Perez-Ramos et al., 2016; Jaiswal et al., 2016).

4. Atendimento Domiciliário

Uma sistematização na promoção da saúde oral deve incluir como estratégia, a assistência domiciliária, a qual deve ser fundamentada em práticas cientificamente eficientes, que permitam definir protocolos de fácil adoção pelos profissionais, pacientes e cuidadores (Lira et al., 2018).

Determinados pacientes, tendo em conta o seu grau de dependência, necessitam de assistência domiciliária, de forma a ser possível o acesso a tratamentos de saúde oral que de outra forma acabam por ser negligenciados. A impossibilidade de deslocação a uma clínica dentária, quer seja devido a problemas de transporte ou de mobilidade, conduz a um agravamento dos problemas de saúde oral devido à ausência de cuidados (Hoeksema et al., 2018).

Lee, et al. (2001), defendem que, apesar da existência de doenças crónicas ou mentais, da diminuição da capacidade de locomoção e de realização de determinadas atividades tenham limitado a independência de muitas pessoas com mais de 65 anos, estas não podem ficar limitadas ao acesso aos tratamentos de saúde oral de que necessitam. Desta forma, é importante recorrer à assistência domiciliária, através de unidades dentárias móveis e portáteis, as quais vão possibilitar aos idosos fragilizados e dependentes os tratamentos e cuidados de que carecem (Lee et al., 2001).

O plano de tratamento deve seguir alguns requisitos básicos, como a realização de uma anamnese completa da saúde geral e oral do paciente. A comunicação deve ser clara e de fácil entendimento por parte do paciente idoso, sendo essencial a demonstração de respeito para com as suas expectativas, e ao mesmo tempo com a apresentação de alternativas de tratamento, certificando-se de que há uma consciencialização perante a possibilidade de sucesso ou fracasso. Por fim, o profissional de saúde deve e necessita ter

a sensibilidade para desempenhar o papel de amigo e psicólogo, quando, muitas vezes, não é a falta de dentes o principal motivo da visita do idoso ao dentista (Neto et al., 2007).

A visita domiciliária, como estratégia na Saúde Oral, inclui um conjunto de ações em saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como curativo. Esta modalidade de atendimento, através da visita ao domicílio do idoso, é capaz de ampliar o universo de utilizadores a receberem cuidados de saúde oral, possibilitando o acesso, mesmo a pessoas com dificuldades cognitivas e/ou motoras, tal como representado na Figura 2 (Barros et al., 2006).



Figura 2 - Imagens representativas de atendimentos dentários domiciliários em idosos, realizados pelo Professor Josiel Abrahão Pereira de Oliveira, autorizadas a serem utilizadas nesta monografia, conforme autorização por escrito.

É importante procurar estabelecer empatia não só com o paciente mas também com os seus familiares, uma vez que, se a receção ao médico dentista não for acolhedora, poderá inviabilizar a continuidade do atendimento, uma vez que, ao entrar em casa de alguém que não se encontra recetivo é mais difícil de gerir do quando se atende um paciente descontente no consultório (Tedeschi-oliveira et al., 2007).

A visita domiciliária proporciona equidade e um atendimento humanizado a uma fração da população com dificuldades de acesso à Medicina Dentária convencional, reconhecendo suas necessidades e características (Bizerril et al., 2015).

Na visita ao domicílio podem realizar-se um conjunto de ações preventivas e de mínima intervenção, que visam promover a saúde oral e orientar familiares e cuidadores. É uma estratégia educativa e assistencial de saúde cuja finalidade é intervir, de maneira multidisciplinar, no processo saúde-doença de idosos vulneráveis. Para uma abordagem sobre as principais alterações sistémicas e possíveis repercussões na cavidade oral, há necessidade de participação efetiva do médico dentista através de orientações de promoção de saúde oral que possam auxiliar nas condutas dos familiares, cuidadores e profissionais envolvidos neste tipo de atendimento (Rocha & Miranda, 2013).

4.1. Recursos terapêuticos no atendimento domiciliário

No que diz respeito aos tratamentos dentários aplicados no atendimento domiciliário, foram propostos tratamentos com o mínimo de intervenção, entre os quais: a utilização de cimento de ionómero de vidro (CIV) como material restaurador e aplicação tópica de flúor, considerados os mais indicados para indivíduos idosos. No entanto, o CIV apresenta algumas limitações em bocas secas e cujo pH seja baixo, causado pela polimedicação ou doença. Assim, as técnicas de tratamento paliativo e definitivo necessitam de ser individualizadas, tendo em consideração as capacidades físicas e cognitivas dos pacientes, bem como a sua capacidade de realizar a manutenção da própria higiene oral. É igualmente importante salientar que a gama de produtos disponíveis para proceder ao tratamento dentário em idosos comprometidos por diversas fragilidades tem vindo a aumentar (Lewis et al., 2015).

Entre os recursos terapêuticos para prevenir ou minimizar os efeitos da xerostomia, cárie dentária, doenças periodontais e lesões da mucosa oral, recomenda-se uma dieta saudável com teor mínimo de açúcar e, quando necessário, tratamento com produtos fluoretados adequados para prevenir ou reverter a cárie dentária (WFPHA, 2014).

4.2. Equipamento Móvel e Portátil

Apesar de parecer uma estratégia de saúde pública das mais inovadoras, a utilização de equipamentos móveis, esta consistia na forma como profissionais de saúde oral procediam à prestação de serviços de saúde oral na antiguidade. Estes equipamentos eram precários e restringiam-se a uma cadeira desmontada e embalada em caixas a serem transportadas por animais (Figura 3) (Lee et al., 2001).



Figura 3 - Cadeira de Dentista utilizada na antiguidade (Adaptado de Corrêa, 2003).

Atualmente, os equipamentos dentários móveis são consultórios móveis completos e funcionais, basicamente independentes, contidos num veículo de transporte, como uma autocaravana ou um reboque móvel, tal como é possível visualizar na Figura 4 (Lee et al., 2001).



Figura 4 - Unidade móvel de assistência dentária. Adaptado de Rodrigues, 2015.



Figura 5 - O transporte pode ser sobre rodas, facilitando a entrada na residência do paciente. Imagem cedida pelo Professor Josiel Abrahão Pereira de Oliveira.

Os equipamentos dentários portáteis (Figuras 5 e 6), são menores podendo ser transportados, por exemplo, para dentro de uma Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI) ou da residência do paciente, tal como visualizado na Figura 5, e assim

oferecer os seus serviços de tratamento dentário no local onde a pessoa se encontre (Figura 6).



Figura 6 - Imagem representativa do equipamento dentário portátil montado no domicílio do paciente. Acesso à cavidade oral pelo profissional com boa ergonomia e iluminação. Imagem cedida pelo Prof. Josiel Abrahão Pereira de Oliveira.

Os sistemas portáteis podem ser compostos por equipamentos básicos para os exames iniciais ou serem mais complexos e mais equipados para se realizarem outros procedimentos. O equipamento básico pode incluir uma lanterna como fonte de luz, um kit de exame, com um apoio de cabeça portátil e materiais dentários de consumo organizados numa caixa com divisórias ou numa mala, tal como representado na Figura 7. Já uma unidade portátil mais complexa pode incluir uma bomba de vácuo para aspiração, evacuação, aparelho de ultrassom para remoção de cálculo dentário, um aparelho de radiografias, uma cadeira reclinável para o paciente, um cilindro compressor de ar para o uso de seringas de ar e água, turbinas e contra-ângulo. Este equipamento é armazenado e transportado em caixas ou contentores mais pesados e resistentes, e podem

ser mais adequados para prestar assistência a ILPI do que os sistemas móveis, por ser mais barato, mais acessível e menos sujeito a problemas mecânicos (Lee et al., 2001).

4.2.1. Vantagens

Acesso - Através de um programa de atendimento comunitário, o coordenador da equipa de saúde oral entra em contacto com o coordenador da instituição, por exemplo do ILPI, que dando a autorização, os seus residentes passam a receber uma atenção interdisciplinar e holística (Lee et al., 2001).

Maior integração - Toda equipa de saúde participa e faz aumentar a comunicação e troca de informações, que resulta numa melhoria da qualidade de vida do idoso. Proporciona ainda a satisfação de poder participar na prestação desta atenção, anteriormente negligenciada aos idosos (Lee et al., 2001).

Prevenção Educativa - Uma oportunidade para os médicos dentistas alargarem o seu conhecimento com outros profissionais, cuidadores e familiares, de forma a melhorar a prestação de cuidados da saúde oral (Lee et al., 2001).

Aumento da Satisfação dos doentes:

- Doentes em ILPI, sentem-se geralmente mais isolados, tornando a consulta dentária uma oportunidade de contato com outras pessoas;
- Pacientes com Alzheimer beneficiam do facto de serem atendidos em ambiente familiar, sentindo-se mais confortáveis e com controlo da sua situação.

4.2.2. Desvantagens

Um relatório australiano sobre a experiência de médicos dentistas no atendimento domiciliário a idosos apresentou como resultado o facto de existirem baixos níveis de interesse e participação dos médicos dentistas na prestação de assistência dentária a residentes em ILPI. Os médicos dentistas apresentavam uma forte preferência pelo

tratamento de pacientes na sua própria clínica dentária, e havia uma série de barreiras significativas que pareciam causar esta resistência (Hopcraft et al., 2008).

O custo inicial do equipamento pode ser alto, dependendo do modelo comprado, no entanto, pode chegar apenas a um quarto do custo relativamente à abertura de um consultório particular, especialmente no caso de equipamentos portáteis (Lee et al., 2001).

Entre outros aspetos negativos, foi observado que apesar de alguns médicos dentistas terem feito referência à facilidade em trabalhar com as unidades de equipamentos portáteis, alguns dos estudantes de medicina dentária, expressaram a opinião de que a cadeira apresentava limitações, pois apenas permitia o ajuste para três posições (Nilchian et al., 2013).

O tempo gasto com as deslocações, com a montagem e desmontagem do equipamento, embora seja uma limitação, esta pode ser bastante reduzido, se o tempo de montagem e desmontagem for diluído entre vários atendimentos, caso os idosos estejam no mesmo domicílio. Para além disso, também pode observar-se uma diminuição dos custos mais elevados, através da utilização da modalidade de unidade móvel (Figura 4) (Lee et al., 2001).

Considerando algumas marcas de modelos de fabricantes de equipamentos portáteis, examinados por Charlton et al. (2008) foram observadas algumas desvantagens, nomeadamente a **sucção fraca da bomba de vácuo** e a **interrupção prematura do mecanismo de sucção**, devido a uma falha no reservatório de resíduos para descarte. Outras queixas referiram-se ao **baixo desempenho do motor elétrico** da peça de mão. O foco de luz e os seus interruptores apresentaram dificuldade em serem protegidos com **barreiras de biossegurança**. Ainda relativamente ao foco de luz, a sua baixa intensidade, o tom amarelado da luz e a área iluminada limitada foram algumas queixas.

Algumas **companhias de seguros de saúde** podem não aceitar as condições do atendimento domiciliário, por isso, a procura e a escolha de uma seguradora deve ser criteriosa (Lee et al., 2001).

De um modo geral, os consertos, reparos e substituições de peças, podem ser mais difíceis, pelo que a **manutenção do equipamento** necessita de um maior controlo (Charlton et al., 2008; Sandesh et al., 2014).

Quanto à utilização de equipamentos portáteis, **nem todos os tratamentos podem ser realizados**, enquanto que com uma unidade móvel podem ser realizados até mesmo tratamentos endodônticos. No entanto, é necessário precaver possíveis imprevistos, como a indisposição do idoso, seja esta física ou mental, o que pode **inviabilizar o esforço e o tempo gasto com a montagem e desmontagem do equipamento**, sendo da máxima importância a comunicação para a confirmação das condições no dia do atendimento, evitando contratempos (Lee et al., 2001).

5. Programas de Atendimento Domiciliário em torno do mundo

Apesar do custo para o tratamento de uma lesão de cárie ser relativamente elevado, este não se compara com os custos envolvidos no transporte de um paciente geriátrico desde a sua casa para uma clínica dentária privada ou para um centro de saúde. Montoya & Pifarré (2004), avaliaram que o custo por utente, para ser atendido por um médico dentista na sua residência em cerca de 355,31€, em comparação com o valor de 233,66€, para ser atendido no ILPI, pois para além de uma maior duração de consulta também foi realizado um maior número de procedimentos. Esta diferença assenta no facto de a deslocação do médico dentista até às residências particulares, mesmo que seja acompanhado de uma equipa, não lhe permite fazer mais de 2 ou 3 visitas a diferentes pacientes, enquanto que no LPI, numa mesma visita, 8 a 10 idosos podem ser atendidos. A viabilidade e lucratividade de tais custos de investimento e assistência médica dentária, como os descritos na avaliação, dependem naturalmente do número de utentes que receberam o serviço. Os ILPI podem ainda servir como uma base para o atendimento a idosos da mesma área geográfica, ou para instalar um serviço dentário permanente, com atividade de meio período. É fundamental o aparecimento de mais experiências deste tipo, que permitam comparar os custos entre uma instalação permanente num centro com um número limitado de usuários, comparativamente a viagens com transporte de equipamentos portáteis aos centros de saúde ou a vários ILPI. Em resumo, apesar dos elevados custos que os dois programas de assistência dentária domiciliária acarretam, é importante, pelo menos, reduzir o número de visitas dos idosos aos centros de saúde, quando os dispositivos e instrumentos necessários podem estar disponíveis no local onde estes residem (Montoya & Pifarré, 2004).

Um estudo em ILPI na Suécia comprovou que o atendimento dentário domiciliário para idosos residentes em ILPI, tem um custo social mais baixo e é considerado também mais efetivo, em comparação com atendimento dentário em clínicas fixas. Para atender à necessidade atual e prevista de cuidados com a saúde oral na população idosa, métodos alternativos para prestar assistência dentária deverão ser disponibilizados (Lundqvist et al., 2015).

O governo australiano criou um modelo nacional de saúde oral, designado de “Melhor Saúde Oral”, no qual introduziu o primeiro plano de saúde oral em ILPI, em 2010. Neste plano foi proposta a promoção da prestação de cuidados residenciais com uma abordagem multidisciplinar com a participação de médicos de clínica geral, médicos dentistas, enfermeiros, entre outros, profissionais de saúde que compartilham responsabilidade pelos quatro processos principais: triagem para a saúde oral, planeamento dos cuidados de saúde oral, higiene oral diária e acesso ao tratamento dentário. Porém, uma análise retrospectiva por parte dos administradores de ILPI indicou que, destes quatro principais processos de saúde oral, o acesso oportuno a atendimento dentário no local de residência do idoso, foi o mais difícil de alcançar. Este modelo comprovou que os residentes frágeis e dependentes necessitam de tratamento de forma mais adequada no seu local de residência. Portanto, deixa de ser um problema da assistência aos idosos, ou um problema da saúde oral; passa a ser um problema comum a outras áreas, passando a solução do mesmo pela colaboração de todos os envolvidos. Esta colaboração oferece a perspectiva de soluções baseadas na participação. Pelo benefício de se poder compartilhar o conhecimento das partes interessadas, gera-se um sentimento de propriedade do conhecimento pelo envolvimento. As experiências e os recursos compartilhados terão impacto em intervenções com resultados superiores em qualidade e inovação. No entanto, de forma a tirar máximo partido do conhecimento, experiência e recursos compartilhados, é necessário gerar compromisso, gestão hábil e facilitação de acessos. Ou seja, exige uma liderança contínua. Embora a implementação nacional de capacitação e treino em saúde oral, tenha tido um começo positivo, há necessidade de apoio contínuo para se construir e sustentar conhecimentos e habilidades adquiridos e transformá-los em força de trabalho para a assistência aos idosos. Desta forma, é o setor dentário que está mais bem posicionado para assumir o papel de líder e facilitador da melhoria da saúde oral para idosos. Sendo assim, para facilitar esta parceria de assistência de saúde geral e oral para idosos, foi incentivado o uso de equipamentos dentários portáteis, para a prestação destes

atendimentos. A avaliação destes sistemas na Austrália, mostrou que uma abordagem multidisciplinar de profissionais de saúde, com a partilha de responsabilidades, através de atendimento dentário domiciliário, sob a liderança da equipa de saúde oral e incentivo do uso de equipamentos portáteis, teria maiores probabilidades de sucesso (Lewis et al., 2015).

Na Suíça, como parte da política de cuidados básicos de saúde nos idosos, é exigido pelo órgão regulador do seguro de saúde, que logo que o idoso comece a apresentar sinais de dependência, o médico dentista do próprio paciente ou um dentista contratado pelo seu correspondente ILPI, prepare um plano de cuidados de saúde oral com prescrições medicamentosas, como um padrão de procedimentos para o atendimento de idosos dependentes residentes (Baumgartner et al., 2015).

Em Boston, Maxwell et al. (2014) e no estado de Iowa nos EUA, Marchini et al. (2016), médicos dentistas e diretores de ILPI, compartilharam preocupações com problemas comuns frequentes, relacionados à prestação de cuidados com a saúde oral dos seus residentes, como o baixo reembolso financeiro, em especial para os assegurados pelo Plano de Saúde (*Medicaid*), bem como a falta de equipamento dentário portátil, e a resistência dos profissionais em deixar de atender nos seus consultórios para prestarem atendimento domiciliário, alegando a falta de condições de trabalho para o desempenho das suas funções (Nunez et al., 2011).

No Irão, pequenas vilas localizadas em pontos inacessíveis, por exemplo em regiões montanhosas, sem médicos dentistas ou consultórios dentários, passaram a ter um aumento surpreendente do acesso à saúde oral. Estas regiões foram visitadas por alguns, médicos dentistas, participantes de um programa que consiste na sua presença, acompanhados de equipamentos portáteis. Os resultados deste estudo apontaram para o facto de , embora estas unidades dentárias móveis e portáteis não sejam as soluções ideais de atendimento para a crescente população, oferecem várias vantagens sobre os sistemas tradicionais de atendimento dentário. Mesmo com os custos iniciais das unidades portáteis, este estudo mostrou que houve uma redução das barreiras financeiras e motivacionais para o acesso ao tratamento dentário. Trata-se, assim, de um programa de extensão comunitária que promove e gera satisfação pessoal tanto aos doentes como à equipa dentária, bem como às questões de gestão do tempo, opções de oferta de tratamento e continuidade dos cuidados (Nilchian et al., 2013).

Desta forma, serão necessários esforços para convencer o público e o governo para oferecer propostas de financiamento para aquisição destes tipo de equipamentos portáteis e móveis, bem como os meios para oferecer estes serviços de saúde oral (Nilchian et al., 2013).

6. Promoção do acesso ao atendimento dentário domiciliário

Segundo Lee et al. (2001), existem algumas barreiras para o acesso dos idosos aos serviços de medicina dentária, como por exemplo:

Financeira - Embora os custos do tratamento não sejam eliminados com os serviços portáteis ou móveis, os valores das despesas gerais podem ser reduzidos comparativamente aos custos de abertura de um consultório particular (Figura 8) (Lee et al., 2001).

Transporte – o transporte de idosos até ao consultório pode oferecer riscos, com atendimento domiciliário, o “consultório” é levado até ao idoso (Figura 8) (Lee et al., 2001).

Motivacional – Os idosos passam a apresentar alguma dificuldade em compreender as suas próprias necessidades. Da mesma forma, por parte dos cuidadores, observa-se uma tendência à diminuição da priorização da saúde oral dos idosos. Neste sentido, também é benéfica a prestação deste serviço diretamente no local de residência do idoso (Lee et al., 2001).

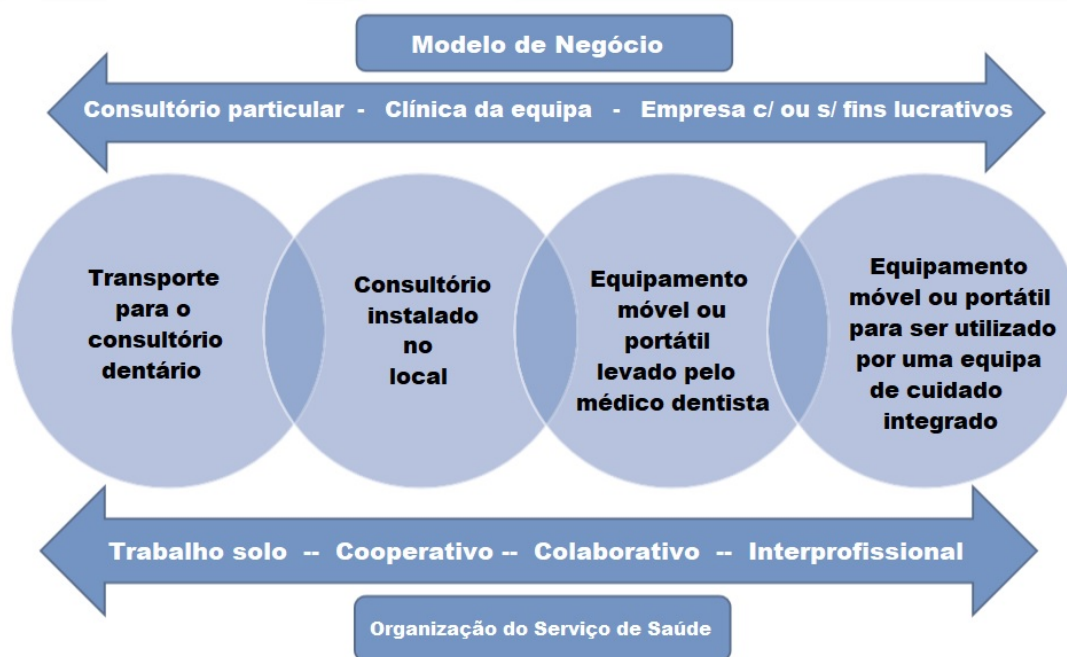


Figura 7 - Escala de modelos de assistência em saúde oral domiciliar em lares para idosos (Adaptado de Mertz, 2016).

Esta necessidade de consciencialização do idoso referente à sua própria saúde oral ressalta a importância do papel do médico dentista e do seu conhecimento das peculiaridades do estado da saúde oral do paciente idoso e em fazer entender o idoso desta importância (Neto et al., 2007).

Num questionário enviado a 400 médicos dentistas e 200 diretores de ILPI, concluiu-se que, dos médicos dentistas participantes, 86% prestaram atendimento dentário a residentes em ILPI, tendo a maioria dos cuidados sido concluída em consultórios dentários. Cerca de 75% dos médicos dentistas não estavam interessados em atender nos ILPI. A percepção compartilhada entre médicos dentistas, foi que o problema mais frequente relacionado com esta prestação de cuidados domiciliários, é o baixo rendimento financeiro. Nestes relatos de experiência, estudantes de medicina dentária que foram colocados perante experiências clínicas geriátricas eram mais propensos a prestar atendimento dentário aos residentes em ILPI após a graduação. Os médicos dentistas apresentaram uma série de dificuldades relacionadas com o atendimento domiciliário, como o aumento do tempo necessário para prestar este tratamento de assistência domiciliar, a falta de equipamento dentário portátil e a falta de um espaço ou área própria para o tratamento dentário. Relataram também que a equipa do lar de idosos, as

restrições de tempo, os problemas de saúde geral dos residentes e a obtenção de consentimento para tratamento eram problemas importantes a ter em conta (Nunez et al., 2011).

Mesmo nas universidades, algumas das barreiras foram vinculadas ao ensino da medicina dentária geriátrica, conforme estudo realizado por Ettinger (2010):

- O currículo do curso de medicina dentária já se encontra sobrecarregado e existe uma competição entre as disciplinas pelo tempo de instrução;
- Faltam cargos no corpo docente para especialistas em medicina dentária geriátrica;
- Existe um número limitado de programas de formação e capacitação pós-graduada;
- Os rendimentos pelo atendimento dos indivíduos da população idosa são altamente variáveis.

6.1. Protocolos de atendimento domiciliário

Relativamente aos protocolos existentes de atendimento a idosos, alguns princípios e requisitos necessários são verdadeiras ferramentas facilitadoras, para se alcançar os resultados desejados (Tham & Hardy, 2013).

Nos EUA, todos os programas devem atender a requisitos mínimos baseados no documento “Princípios e diretrizes para o controlo de infeção (2011)” do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CCDP). Sendo assim, a OSAP, *Organization for Safety, Asepsis and Prevention*, preconizou uma lista de princípios para os programas que utilizam equipamentos dentários, sejam na modalidade de equipamentos móveis ou de equipamentos dentários portáteis:

1. Manter um estado de saúde saudável;
2. Evitar o contato com sangue e outras substâncias orgânicas potencialmente infecciosas;
3. Tornar seguros todos os materiais e equipamentos através de desinfecção e/ou esterilização;

4. Limitar a propagação de sangue e outras substâncias infecciosas.

Para além disto, a OSAP também preconizou um formulário de controlo a ser devidamente preenchido em cada atendimento.

6.2. Recursos Motivacionais

6.2.1. Motivação do idoso à higiene oral e ao atendimento dentário

Os maiores desafios no acesso aos cuidados de saúde oral, assentam na falta de habilidades e confiança na prestação de cuidados de higiene oral, especialmente em idosos com dentes naturais, o que corresponde num incremento à sua carga diária de trabalho no desempenho dos cuidados básicos de higiene oral. Por outro lado, os idosos relatam preocupação e baixa autoestima em relação ao seu estado de saúde oral. Estes factos indicam a necessidade de se elaborar e manter equipas de prestação de cuidados de saúde oral em idosos, treinadas, competentes e motivadas para fornecerem cuidados diários de higiene oral aos residentes em ILPI e compartilhar o conhecimento orientando outros funcionários. Para tal, os médicos dentistas que efetuam atendimento em zonas rurais precisam de acesso a formações com pacientes geriátricos, com uso de equipamentos portáteis e de otimização dos espaços de trabalho para se adequarem aos serviços de assistência domiciliar a idosos. Os serviços de assistência a idosos e de saúde oral precisam estabelecer caminhos claros de referência e comunicação (Tham & Hardy, 2013).

Uma correta e criteriosa abordagem ao idoso é crucial para o sucesso do atendimento dentário. Em relação aos idosos dependentes de cuidadores é essencial que os mesmos concedam toda a informação necessária, relativamente ao grau de dependência do idoso, capacidades físicas e cognitivas, de forma a ser possível reunir todos os elementos necessários ao estabelecimento da melhor relação possível com idoso, a qual deve ser objetiva e descontraída (Tham & Hardy, 2013).

O nível de atenção e as capacidades cognitivas do idoso são por vezes um grande obstáculo na interação do médico dentista com o mesmo. É essencial reter a atenção do

idoso, mas, mesmo ultrapassado este obstáculo, as recomendações facultadas em consulta nem sempre são apreendidas devido à capacidade cognitiva diminuída, sendo essencial nestes casos o acompanhamento do idoso por familiares ou cuidadores, para que a mensagem do médico chegue com sucesso ao idoso (Leite, et al., 2012).

Para tal, desde a primeira avaliação do idoso, pode-se proceder à aplicação de testes avaliação, tais como: o “Mini Exame do Estado Mental” (MEEM), proposto por Folstein et al. (1975).

Outro formulário, traduzido e adaptado para uso em países de língua portuguesa, é o formulário designado “Avaliação do Declínio Cognitivo com Base no Relato do Informante” (ADCOBRI), em inglês: “*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*” (IQCODE) (Figura 9). Este deve ser respondido por um familiar ou cuidador próximo do idoso, que tem acompanhado a evolução da sua saúde nos últimos 10 anos.

IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)

Nós queremos que você se lembre como o seu familiar estava há 10 anos atrás, e compare com o estado em que ele(a) está agora. As questões abaixo são situações nas quais esta pessoa usa sua memória, ou inteligência e nós queremos que você indique se estas situações melhoraram, pioraram ou se permaneceram do mesmo jeito, nos últimos dez anos. Por exemplo, se há 10 anos atrás esta pessoa sempre se esquecia onde guardava suas coisas, e ainda se esquece, isto seria considerado como "não muito alterado".

Marque com um "x" na resposta apropriada. Se a pessoa nunca fez determinada função ou tarefa, marque "não se aplica". Se o familiar não tem certeza ou desconhece alguma informação, marque "não sabe".

Comparada há 10 anos atrás, como essa pessoa está em:	Muito melhor	Melhor	Não muito alterado	Pior	Muito pior	Não se aplica	Não sabe
1. Reconhecer familiares e amigos							
2. Lembrar-se do nome dos familiares amigos							
3. Lembrar-se de coisas sobre os familiares							
4. Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo							
5. Lembrar-se de conversas dos últimos dias							
6. Esquecer o que ele(a) queria dizer no meio da conversa							
7. Lembrar-se do seu endereço e telefone							
8. Lembrar-se em que dia e mês estamos							
9. Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente (ex. roupa, talheres, etc)							
10. Lembrar onde achar coisas que foram guardadas em lugar diferente do de costume (ex. óculos, dinheiro, chaves)							
11. Adaptar-se a mudanças em sua rotina diária							
12. Saber usar aparelhos domésticos que já conhece							
13. Aprender a usar um aparelho doméstico novo							
14. Aprender novas coisas em geral							
15. Lembrar-se de coisas que aconteceram quando ele (a) era jovem							

Figura 8 - Avaliação do Declínio Cognitivo com Base no Relato do Informante (ADCOBRI), em inglês "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly" (IQCODE). Adaptado de Sanchez & Lourenço, 2009.

16. Lembrar-se de coisas que ele(a) aprendeu quando era jovem							
17. Entender o significado de palavras pouco comuns							
18. Entender artigos de revista e de jornal							
19. Acompanhar uma história em um livro ou na televisão (ex. novelas, seriados, filmes)							
20. Escrever uma carta para amigos ou para negócios							
21. Conhecer fatos históricos importantes do passado							
22. Tomar decisões em questões do dia-a-dia							
23. Lidar com dinheiro para fazer compras							
24. Lidar com suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco							
25. Lidar com outros problemas concretos do dia-a-dia, como por exemplo, saber quanta comida comprar, quanto tempo transcorreu entre as visitas de familiares ou amigos							
26. Compreender o que se passa a sua volta.							
Sub-Total (soma dos itens assinalados nas colunas)							
Total (multiplicar o sub-total de cada coluna pelo número indicado)	X 1=	X 2=	X 3=	X 4=	X 5=		
Total geral (soma dos resultados das 5 colunas)							

OBS: Nas colunas Não se aplica ou Não sabe, o sub-total não deve ser multiplicado por nenhum valor e, portanto, é igual ao total. Faça os cálculos com calma, depois de ter terminado a entrevista.

O cálculo do Escore final do IQCODE deve ser feito dividindo o total geral pelo número de perguntas respondidas (excluindo-se as questões assinaladas como Não se aplica ou Não sabe):

Escore IQCODE = $\frac{\text{Total geral}}{\text{Número de itens respondidos}}$

ESCORE FINAL IQCODE

Figura 9 - Avaliação do Declínio Cognitivo com Base no Relato do Informante (ADCOBRI). em inglês "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly" (IQCODE). Adaptado de Sanchez & Lourenço, 2009.

Outras informações devem ser obtidas pela simples observação das condições de saúde e do ambiente físico e social no local da sua residência. Os fatores observados poderão ser favoráveis ou desfavoráveis, para esta interação com o idoso. Portanto, é necessária uma habilidade do cuidador, profissional da saúde, em conquistar esta atenção e interação com o idoso (Tabela 1):

Tabela 1 - Guia de Atendimento Domiciliário. Adaptado de Jack, et al., 2019.

Guia de Atendimento Domiciliário	
Parar de falar	Tentar ouvir com atenção o que a pessoa está a dizer e resista à vontade que tem de falar
Ouvir ativamente	Encoraje-a usando comunicação não verbal
Refletir sobre a informação	Refletir o que o idoso diz de forma a responder de acordo com as expectativas dele
Ter empatia	Mostrar ao idoso que reconhece o que ele está a dizer que o como ele se sente
Lidar com objeções	Ouvir as objeções e reclamações do outro, estando sempre disposto para lidar com elas

Mas, sem dúvida alguma a empatia é a melhor técnica. O sorriso franco abre as portas. Quando o cuidador pede licença e utiliza de palavras cordiais, o idoso sente-se respeitado e “no controle” da situação, como sendo ele a receber a visita em sua residência, e a permitir os procedimentos necessários e mais ainda os permite quando ouve, como retorno, o agradecimento pelo quanto ele está a colaborar com os resultados obtidos (Mendonça, 2008).

6.2.2. Papel da equipa assistencial na promoção da saúde oral

A atuação de todos os profissionais de saúde como uma equipa é essencial nesta fase da vida do indivíduo idoso, de modo a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida. Cada especialidade tem a sua importância e o médico dentista possui um papel fundamental na promoção de ações preventivas (Bizerril et al., 2015).

O médico dentista possui um papel não só de prestador de cuidados de saúde oral, como também de educador em saúde oral, sendo essencial a aplicação de medidas preventivas e pedagógicas, devendo procurar fomentar a mudança de hábitos do idoso, alertando familiares e cuidadores para este propósito. Esta educação, seja referente ao idoso que desempenha as suas atividades ou ao cuidador do idoso dependente deve ser contínua (Marques et al., 2014; Yoneyama et al., 1999).

Tendo em consideração as restrições físicas e a dependência dos idosos, é imperativo o desenvolvimento de apoios à higiene oral em idosos, nomeadamente de um programa regular de visitas frequentes do Médico Dentista aos lares de idosos, com vista à educação de boas práticas de saúde oral, as quais podem a longo prazo prevenir diversas complicações de saúde (Marques et al., 2014; Wong et al., 2019; Yoneyama et al., 1999).

A maioria dos enfermeiros e cuidadores que prestam assistência domiciliária não têm formação adequada para a prestação de cuidados de higiene oral. Desta forma, cabe, portanto, ao médico dentista o papel de coordenador, educador e motivador (Khanagar et al., 2014).

Assim, é importante ter em conta que os idosos necessitam receber cuidados de saúde a nível multidisciplinar, ou seja, profissionais de saúde de diversas áreas devem interagir entre si, com o objetivo de levar ao idoso a saúde num conceito holístico. Segundo Pires (1998), a interação entre a equipa de profissionais de saúde e o paciente, pode ser descrita em três níveis, tal como representado na tabela 2 (Pires, 1998).

Tabela 2 - Os três tipos de equipas: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Esquema representativo.
Adaptado do texto de Pires, (1998).

Equipa Multidisciplinar	Relação entre Médico – Paciente.
Equipa Interdisciplinar	Relação entre Médico – Paciente e Médico – Família.
Equipa Transdisciplinar	Relação entre Médico – Paciente – Família.

6.3. A importância das parcerias com a comunidade

Os prestadores de assistência domiciliar em saúde oral, através de serviços móveis e portáteis, devem também agrupar-se com vários outros profissionais da comunidade, formando equipas específicas de prestação de serviços para os pacientes. A prestação eficiente de serviços exige o envolvimento de equipas de apoio, assistentes diretos, assistentes sociais e equipas médicas nas várias instalações, de forma a obter permissões, efetuar cronogramas e estabelecer comunicação com os familiares ou cuidadores dos pacientes (Langelier et al., 2017).

Um programa da universidade de Minnesota fornece assistência médica dentária aos alunos de uma escola rural, através de equipamento dentário portátil utilizando um pequeno atrelado. Como forma de estratégia de sustentabilidade, recorreu-se à utilização de modelos de cobrança por serviço, tendo surgindo também doações, contribuições de parceiros e angariação de fundos locais. Os administradores do programa chegaram à conclusão que o sucesso ocorreu devido às fortes parcerias existentes em comunidades rurais (Bayne et al, 2013).

6.4. Estabelecimento de condições de trabalho para os Médicos Dentistas nos ILPI

Cada ILPI deve ter um contrato/acordo com um médico dentista, o qual será responsável pela prestação de serviços de saúde oral e por fazer encaminhamentos, de forma a oferecer mais serviços, para além do atendimento em situações de emergência (MacEntee, 2005).

6.5. Financiamentos e incentivos governamentais

A colaboração com organizações estaduais e federais envolvidas na regulamentação de instituições e ILPI é fundamental para garantir que os requisitos de saúde oral sejam atendidos. Existem regulamentos para casas de repouso no que diz respeito aos cuidados de saúde oral, mas persiste a necessidade de preenchimento de formulários e definição de protocolos em conformidade com os princípios de um sistema de saúde humanizado, integrado e acessível (ASTDD, 2017).

O financiamento do governo para programas de medicina dentária deve ser considerado, de forma a melhorar a saúde oral, ao incluir serviços que prestem assistência aos idosos fragilizados e dependentes que residem em ILPI, bem como aos que beneficiam de serviços de atendimento dentário em suas casas (Wyatt & Kawato, 2019).

Governos, instituições, coordenadores de saúde, cuidadores, familiares, e por vezes até os próprios pacientes, mas principalmente os profissionais de saúde oral devem vigiar constantemente os direitos dos idosos, de forma a promoverem uma ampliação da cobertura das ações de saúde oral através de planos de saúde, seguradoras e serviços públicos, essenciais para os idosos (ASTDD, 2017; Tafelli et al., 2015)

6.6. Propostas de alterações no programa curricular das universidades

O Governo indiano declarou que as faculdades de medicina e de medicina dentária só serão licenciadas se as mesmas forem instaladas na proximidade de áreas desfavorecidas, de forma a contrariar a barreira imposta pela distância, na utilização dos serviços médico-dentários especialmente pela população constituída pelos idosos rurais (Kothia et al., 2015).

Segundo Ettinger (2010), foram desenvolvidas diversas iniciativas americanas nos anos 90, as quais resultaram numa proposta sobre saúde oral, com recomendações específicas, identificação dos resultados esperados e estabelecimento de cronograma para atingir esses mesmos objetivos. Algumas dessas recomendações foram já implementadas nas faculdades de medicina dentária. No entanto, são diversos os problemas que permanecem sem solução nos Estados Unidos:

- Ausência de uma estrutura de carreira estabelecida para as pessoas que se formam em qualquer um dos programas de geriatria em saúde oral, a não ser que estes façam também um mestrado em saúde pública, saúde pública em saúde oral ou noutra área semelhante;
- Os salários atuais nos Estados Unidos para académicos e médicos dentistas que trabalham em hospitais não são competitivos com os salários do setor privado; ao mesmo tempo, os administradores hospitalares, questionam as credenciais para

estes médicos dentistas trabalharemos em hospitais, pois a sua formação não corresponde a uma especialidade médica;

- Estabelecimento de competências essenciais no setor dentário nacional;
- Uma melhoria contínua a nível da qualidade da educação e atendimento dentário de pacientes idosos;
- Os alunos recém-formados ainda possuem uma grande carga de dívida em relação à sua formação. Este aspeto torna as carreiras académicas e de medicina dentária hospitalar pouco atraentes; desta forma, as faculdades de medicina dentária não conseguem atrair jovens, tão necessários para a contínua renovação do corpo docente;
- Oferta de formação em odontogeriatría através de programas de formação pós-graduados. Aumentar o número e tipos de vias alternativas para a educação geriátrica para profissionais de medicina dentária e manter o incentivo à aprendizagem ao longo da vida.

A educação e formação clínica dos profissionais de medicina dentária, no que diz respeito ao atendimento ao idoso frágil, devem ser aprimoradas. As universidades e faculdades devem complementar o seu programa curricular de forma a incluir a área de geriatria para todos os estudantes de medicina dentária, assim como nos cursos de especialização e de higienistas orais (Wyatt & Kawato, 2019).

Anualmente, poucos são os profissionais que se formam, na área da formação para prestadores de serviços avançados de medicina dentária geriátrica. Assim, é importante que ocorra a mudança de foco no sentido de garantir que todos sejam adequadamente formados ainda nos programas de graduação (ASTDD, 2017).

6.7. Coordenação das ações e dos cuidados em saúde oral

A coordenação entre médicos e médicos dentistas é essencial. Geralmente, não existe um prontuário para consulta, acessível a todos, com os registos da saúde do paciente, o que provoca uma maior perda de tempo para que o profissional de saúde oral obtenha as informações médicas necessárias. Mesmo nos registos médicos eletrónicos dos ILPI, geralmente não são incluídas guias de saúde oral. Alguns protocolos preconizam como

modelo, a existência de um “coordenador de assistência à saúde oral” nos ILPI, como forma de contribuir significativamente para melhorar a comunicação e os cuidados interdisciplinares, com vista a garantir uma rotina diária de boas práticas de higiene oral, através de formação e capacitação adequada dos cuidadores (ASTDD, 2017).

Ettinger (2010) faz referência à importância de incentivos à formação de todos os estudantes, futuros profissionais de saúde, acerca dos princípios de gestão interdisciplinar de equipas. Este objetivo foi muito bem-sucedido no trabalho deste autor no qual é possível perceber o impacto desta interação na vida de alunos e pacientes, no decorrer da prestação de serviços de saúde oral. Posteriormente às visitas domiciliárias aos pacientes idosos, foi solicitado a cada aluno um relatório escrito sobre as suas perceções ao longo das visitas. Foi apreendida a importância do conhecimento da realidade socioeconómica, cultural e sanitária, através do contato imediato com o mundo real da medicina dentária (Ettinger, 2010).

6.8. Promoção de recursos para o atendimento da população mais desfavorecida

Infelizmente a falta de acesso aos serviços cuidados dentários básicos nas áreas rurais ainda constitui um problema. A ausência de um atendimento organizado para os mais desfavorecidos é essencial e urgente, os quais estão privados do acesso a estes serviços de cuidados de saúde oral, quer seja por residirem em locais mais isolados ou por apresentarem dificuldades económicas que restringem o seu acesso a este tipo de tratamentos. Os serviços dentários móveis e portáteis podem ajudar a resolver esta disparidade na prestação de assistência dentária em áreas urbanas e rurais, sendo igualmente essencial o desenvolvimento de apoio financeiro para esta fração da população mais desfavorecida (Ganavadiya et al., 2014).

Desta forma, os médicos dentistas que efetuam atendimento em zonas rurais precisam de acesso a formações com pacientes geriátricos, com uso de equipamentos portáteis e de otimização dos espaços de trabalho para se adequarem aos serviços de assistência domiciliária a idosos. Os serviços de assistência de saúde oral a idosos necessitam estabelecer caminhos claros de referência e comunicação (Tham & Hardy, 2013).

7. Políticas Públicas de Saúde

Em Portugal, as doenças orais fazem parte de um dos principais problemas da saúde pública, principalmente devido a fatores socioeconómicos. Neste contexto, surgiu o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) implementado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) que visa diminuir a incidência e prevalência das doenças orais. O SNS emite os denominados “cheques-dentista” para determinados grupos populacionais, entre eles idosos utentes do SNS (Grade, 2013).

O PNPSO apresenta inúmeras vantagens no que diz respeito à facilidade de prevenção do tratamento dentário, no entanto, não é apropriado para doentes acamados ou com dificuldades motoras, pois os procedimentos precisam de ser realizados sempre em consultório médico. As políticas orçamentais do ministério da saúde são relativamente baixas, tornando Portugal um dos países com taxas de tratamento dentário mais baixas, e sem orçamento para este tipo de doentes (Pinto, 2017).

III. CONCLUSÃO

Esta revisão teve como objetivo proceder à avaliação do desempenho de programas de saúde no atendimento domiciliário em idosos. Com o aumento exponencial da população idosa a nível mundial, as atenções devem estar voltadas para a qualidade de vida desta população, a qual apresenta uma esperança média de vida cada vez maior.

Muitas patologias orais são frequentes e predominantes na população idosa, sendo crucial a promoção de ações de cuidados de saúde oral adequados a estes indivíduos, os quais acabam por ser negligenciados a nível de prestação de cuidados de saúde oral, devido às suas limitações e dependência que os impede na maioria dos casos de se deslocarem a clínicas dentárias.

Uma estratégia fundamental incide no desenvolvimento de programas que estimulam as visitas domiciliárias de profissionais de saúde, a trabalhar de forma holística, com uma compreensão maior do processo saúde-doença, integrando diversas áreas de assistência em saúde. A visita domiciliária promove comodidade ao idoso, assim sendo, o foco deve estar na procura de estratégias de prestação de cuidados de saúde oral, da forma que proporcione mais conforto ao idoso. É essencial procurar a integração de familiares e cuidadores neste processo, passando os mesmos a fazer parte da equipa de prestação de cuidados ao idoso após serem devidamente instruídos, de forma a alcançar uma maior amplitude na satisfação das necessidades do idoso.

Desta forma, a assistência ao domicílio apresenta como vantagem não só a diminuição dos custos, como também dos riscos a que o idoso se encontra exposto quando está em ambiente hospitalar e ainda da necessidade de atendimentos de emergência, por aumentar as práticas de prevenção. Como desvantagens da assistência domiciliária, foram encontradas algumas objeções no decorrer da pesquisa bibliográfica, entre as quais o custo de aquisição do equipamento, bem como o tempo e esforço despendidos no transporte, montagem e desmontagem do mesmo.

As barreiras ainda se mostram maiores no que diz respeito ao aspeto financeiro, quando os planos de saúde e seguradoras, se recusam a dar cobertura para esta modalidade de atendimento. Porém, quando comparados com os custos e logística de várias viagens para

o transporte de pessoas acamadas até um centro clínico, o atendimento domiciliário é sem dúvida uma alternativa menos dispendiosa e com maior conforto para o paciente fragilizado.

A qualidade de formação dos futuros profissionais é essencial, sendo imperativo proceder à implementação de programas de formação curriculares com disciplinas mais holísticas e estágios com práticas no campo de trabalho, sob condições adversas e desafiadoras no âmbito da realidade da senescência.

Deve ser dada especial atenção à saúde da população como um todo, sem deixar as áreas rurais ou as populações mais desfavorecidas sem acesso aos serviços de cuidados dentários básicos. Desta forma, é importante a oferta de incentivos para profissionais de saúde se estabelecerem em locais mais distantes dos grandes centros urbanos, apostar em serviços dentários móveis e portáteis como auxílio aos profissionais de saúde responsáveis pela prestação de assistência dentária nestas localidades, bem como o desenvolvimento de apoio financeiro para esta fração da população mais desfavorecida

Sugere-se a título futuro a elaboração de mais estudos referentes a resultados obtidos em programas, que utilizam serviços dentários móveis e equipamentos portáteis na prestação de cuidados de saúde oral. Esta questão tem como objetivo avaliar o grau de satisfação dos indivíduos envolvidos no processo de assistência dentária, uma vez que a melhor forma de garantir o sucesso, com ganhos a nível de qualidade de serviços de saúde prestados é a transmissão do conhecimento e das vivências dos indivíduos envolvidos, quer sejam eles pacientes idosos que beneficiam dos tratamentos, como profissionais de saúde prestadores de serviços de assistência dentária

IV. BIBLIOGRAFIA

Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. In *The Lancet Public Health*, 5(5) :e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)

ASTDD. (2017). Best Practices Committee. Best practice approach: oral health in the older adult population. In *Association of State and Territorial Dental Directors*.

Barros, G. B., Cruz, J. P. P., Santos, A. M. dos, Rodrigues, A. Á. A. de O., & Bastos, K. F. (2006). Saúde Bucal a Usuários Com Necessidades Especiais: Visita Domiciliar Como Estratégia No Cuidado À Saúde. *Rev. Saúde Com*, 2(2), 135–142.

Baumgartner, W., Schimmel, M., & Müller, F. (2015). Oral health and dental care of elderly adults dependent on care. *Developments in Dental Practice Swiss Dental Journal*, 125(4), 417–426. www.bfs.admin.ch

Bayne, A., Knudson, A., Garg, A., & Kassahun, M. (2013). *Promising Practices to Improve Access to Oral Health Care in Rural Communities Program Evaluation Strategies Rural Evaluation Brief Promising Practices to Improve Access to Oral Health Care in Rural Communities Rural Evaluation Brief Rural Evaluation Brie*. <http://walshcenter.norc.orgwww.sph.umn.edu/hpm/rhrc/>

Bizerril, D. O., Saldanha, K. de G. H., Silva, J. P. da, Almeida, J. R. de S., & Almeida, M. E. L. (2015). Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(37), 1–8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1020](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1020)

Bradley, M. (2012). Guidelines for the oral healthcare of older people living in nursing and residential homes in northern ireland. In *Guidelines and Audit Implementation Network* (Vol. 11, Issue 10). <https://doi.org/10.32964/tj11.10>

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. de S., & Sacadura, M. J. (2015). O Envelhecimento Da População Brasileira. *Revista Eletrônica Do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos*, 2(1), 86–100.

Carvalho, I. M. (2014). *Grau de dependência e grau de ajuda em idosos em serviço de apoio domiciliário: Perspectivas do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta*. Tese de Mestrado, Universidade nova de Lisboa.

Charlton, D. G., Ehrlich, A. D., & Miniotis, N. J. (2008). Clinical user evaluation of field dental equipment under military deployment conditions. *Military Medicine*, 173(1), 54–62. <https://doi.org/10.7205/MILMED.173.1.54>

Corrêa, M. F. N. (2003). Museu de Artes e Ofícios em Belo Horizonte/MG. *Lazer & Turismo*. <https://www.unisantos.br/pos/revistapatrimonio/iconografiaba0d.html?cod=8>

Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Reis Campos, J. C. (2011). As doenças orais no idoso - Considerações gerais. In *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2011.05.002>

Ettinger, R. L. (2010). The development of geriatric dental education programs in Canada: An update. *Journal of the Canadian Dental Association*, 76(1), 45–48.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Pirámide.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Ganavadiya, R., Goel, P., Hongal, S., Jain, M., & Chandrashekar, B. (2014). Mobile and portable dental services catering to the basic oral health needs of the underserved population in developing countries: A proposed model. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(3), 293–304. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.133364>

Grade, M. F. R. C. (2013). *A Satisfação das Grávidas e Médicos Dentista no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. (Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa).

Guedes, S. I. C. M. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto).

Hoeksema, A. R., Peters, L. L., Raghoobar, G. M., Meijer, H. J. A., Vissink, A., & Visser, A. (2018). Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: a cross sectional study. *Clinical Oral Investigations*, 22(7), 2615–2622. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2360-y>

Hopcraft, M. S., Morgan, M. V., Satur, J. G., & Wright, F. A. C. (2008). Dental service provision in Victorian residential aged care facilities. *Australian Dental Journal*, 53(3), 239–245. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2008.00055.x>

INE. (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Jack, K., Ridley, C., & Turner, S. (2019). Effective communication with older people. In *Nursing Older People*, 31(4), 40–48. <https://doi.org/10.7748/nop.2019.e1126>

Jaiswal, M., Chaturvedi, T., Srivastava, G., Parihar, A., & Pratap, C. (2016). Poor oral dental hygiene and aspiration pneumonia. *The Journal of Community Health Management*, 1(1), 67–71.

Kalache, A., & Kieckbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 50(4), 4–5.

Khanagar, S., Kini, P., Kumar, A., Rajanna, V., Badiyani, B., & Jathanna, V. (2014). Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge, attitudes, and practices: A randomized controlled trial. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 4(2), 122–128. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.139843>

Kothia, N. R., Bommireddy, V. S., Devaki, T., Vinnakota, N. R., Ravoori, S., Sanikommu, S., & Pachava, S. (2015). Assessment of the status of national oral health policy in India. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(9), 575–581. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.137>

Langelier, M., Moore, J., Carter, R., Boyd, L., & Rodat, C. (2017). An Assessment of

Mobile and Portable Dentistry Programs to Improve Population Oral Health. In *Oral health Workforce Studies*.

Lee, E. E. J., Thomas, C. A., & Vu, T. (2001). Mobile and portable dentistry: Alternative treatment services for the elderly. *Special Care in Dentistry*, 21(4), 153–155. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2001.tb00245.x>

Lewis, A., Wallace, J., Deutsch, A., & King, P. (2015). Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly. *Australian Dental Journal*, 60(S1), 95–105. <https://doi.org/10.1111/adj.12288>

Lira, L. A., Bastos, L. A., Coelho, L. ., Uchino, M. S., & Gonçalves, V. F. (2018). A implementação da hipodermóclise em pacientes sob cuidados paliativos no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso. *Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar*, 1–98.

Liu, K., Chen, Y., Lin, R., & Han, K. (2020). Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. In *Journal of Infection*, 80(6); 14–18. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>

Lundqvist, M., Davidson, T., Ordell, S., Sjöström, O., Zimmerman, M., & Sjögren, P. (2015). Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden. *Community Dent Health*, 32(1), 39-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26263591/>

MacEntee, M. I. (2005). Caring for elderly long-term care patients: Oral health-related concerns and issues. In *Dental Clinics of North America*, 49(2), 429–443. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2004.10.008>

Marchini, L., Luiz, F., Montenegro, B., & Ettinger, R. (2016). A Odontogeriatrica como especialidade odontológica no Brasil. O que se conseguiu depois de 15 anos? *Revista Portal de Divulgação*, 50(2), 4–15. <http://bds.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/1254>.

Marques, G. C., Montenegro, F. L. B., Bezerra, L. F., Franco, E. J., Fernandes, A. Ú. R., & Miranda, A. F. (2014). Odontologia domiciliar ao idoso frágil: a importância da

Odontogeriatrics "Como Publicado na. In *Rev Portal de Divulgação*, 42(5).

Maxwell, N. I., Shah, S., Dooley, D., Henshaw, M., & Bowen, D. J. (2014). Oral health among residents of publicly supported housing in Boston. *J Urban Health*, 91(4), 809–821. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24272316/>

Mendonça, M. K. (2008). *Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de Agentes comunitários de Saúde e Saúde da Família e a Integralidade*. (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo).

Mertz, E. (2016). Mertz, E and Wides, C. (2016) Evolving Delivery Models of Dental Care Services in Long-Term Care Settings: 4 State Case Studies. Rensselaer, NY: Oral Health Workforce Research Cent... In *Oral Health Workforce Research Center*.

Mishra, R., Chandrashekar, K., Tripathi, V., Hazari, A., Sabu, B., & Sahu, A. (2019). Comparative evaluation of efficacy of 0.2% sodium hypochlorite (Hi Wash) mouthwash with 0.2% chlorhexidine mouthwash on plaque-induced gingivitis: A clinical trial. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 23(6), 534–538. https://doi.org/10.4103/jisp.jisp_32_19

Montoya, J. A. G., & Pifarré, C. S. (2004). Programas de asistencia dental domiciliaria: una demanda actual. *Atención Primaria*, 34(7), 368–373. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79518-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79518-9)

MTSS. (2009). A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados integrados. *Ministério Do Trabalho e Da Solidariedade Social*, 2194–2206.

Neto, N. S., Luft, L. R., & Trentin, M. S. (2007). Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. *RBCEH*, 4(1), 48–56.

Nilchian, F., Sahlabadi, A., & Skini, M. (2013). Portable dental chairs and their role in assisting the community outreach program- a qualitative approach. *Journal of Dentistry*, 10(3), 233–239. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25512750>

Nunez, B., Chalmers, J., Warren, J., Ettinger, R. L., & Qian, F. (2011). Opinions on the provision of dental care in Iowa nursing homes. *Special Care in Dentistry*, 31(1), 33–40. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2010.00170.x>

Perez-Ramos, I. C. S., Ramos, A. C. R., Okubo, P. de C. M. I., & Takayanagui, O. M. (2016). Percepção dos cuidadores sobre as alterações de deglutição causadas pela demência. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*, 20(2), 127–132. <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24552>

Pinto, S. M. dos S. (2017). *Saúde Geral e Oral de Idosos Institucionalizados: Um Estudo Comparativo*. (Tese de mestrado. Católica instituo de Ciências da Saúde).

Pires, M. F. de C. (1998). Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(2), 173–182. <https://doi.org/10.1590/s1414-32831998000100010>

Rocha, D. aline, & Miranda, A. F. (2013). Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(1), 181–189.

Rodrigues, J. (2015). *Unidade móvel dentária de Castelo Branco com luz verde das autoridades para funcionar*. Saúde Oral. <https://www.saudeoral.pt/medicos-dentistas/unidade-movel-dentaria-de-castelo-branco-com-luz-verde-das-autoridades-para-funcionar/>

Sanchez, M. A. dos S., & Lourenço, R. A. (2009). Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): Cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 25(7), 1455–1465. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000700003>

Sandesh, N., Nagarajappa, R., Hussain, S. A., Ramesh, G., Singla, A., & Prabhusankar, K. (2014). Utilization of mobile dental vans at post graduate dental institutions in India. *Oral Health and Dental Management*, 13(1), 20–26. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24603911>

Tafelli, D., Trujillo, E., Aznar, F. D. da C., Freitas, A. R. de, Peres, S. H. de C. S., Bastos, J. R. de M., Sales-Peres, A., & Caldana, M. D. L. (2015). O direito do idoso frente aos reajustes de planos de saúde. *Saúde, Ética & Justiça*, 20(2), 93–101. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v20i2p93-101>

Tedeschi-oliveira, S. V., Francisco, R., & Melani, H. (2007). Atendimento Odontológico Domiciliar : considerações éticas Dental Home Care : ethical considerations. *Uningá*, 14, 117–128.

Terpenning, M. (2005). Geriatric oral health and pneumonia risk. In *Clinical Infectious Diseases* (Vol. 40, Issue 12, pp. 1807–1810). <https://doi.org/10.1086/430603>

Tham, R., & Hardy, S. (2013). Oral healthcare issues in rural residential aged care services in Victoria, Australia. *Gerodontology*, 30(2), 126–132. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00652.x>

WFPHA. (2014). Resolution on Oral Health for Individuals with Dementia. Supported by the International Council of Nurses. In *World Federation of Public Health Associations*.

WHO. (2006). Constituição da organização mundial da saúde. Documentos básicos. In *World Health Organization*.

Wong, F. M. F., Ng, Y. T. Y., & Keung Leung, W. (2019). Oral health and its associated factors among older institutionalized residents—a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 1–29. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214132>

Wyatt, C. C. L., & Kawato, T. (2019). Changes in Oral Health and Treatment Needs for Elderly Residents of Long-Term Care Facilities Over 10 Years. *Canadian Dental Association*, 85, 1–6.

Yoneyama, T., Yoshida, M., Matsui, T., & Sasaki, H. (1999). Oral care and pneumonia. In *Lancet*, 354(9177): 515. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)75550-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)75550-1)

Yoneyama, Takeyoshi, Yoshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiba, K., Ihara, S., Yanagisawa, S., Ariumi, S., Morita, T., Mizuno, Y., Ohsawa, T., Akagawa, Y., Hashimoto, K., & Sasaki, H. (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 430–433. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50106.x>

V. ANEXOS

Anexo 1 - Autorização para figuras 2, 5 e 6.

De: Josiel Oliveira <profjosielapoliveira@gmail.com>

Data: 18 de outubro de 2020, 23:40:33 WEST

Para: reidison@gmail.com

Assunto: Autorização

Eu JOSIEL ABRAHÃO PEREIRA DE OLIVEIRA, inscrito no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, sob o no CRO-SP-31879, autorizo Reidison Jesus a utilizar minhas fotografias em sua tese,

Cumprimentos,

Prof. Dr. Josiel de Oliveira

Universidade Salgado de Oliveira

